

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

ДОМАШНЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Курбанов Анвар Аъламович

Самаркандский государственный медицинский университет,

Пайзуллаева Вазира Фуркатовна

Сиябский техникум общественного здоровья имени Абу Али ибн Сино.

HOME REHABILITATION OF PATIENTS AFTER INSULT

Kurbanov Anvar Alamovich

Samarkand State Medical University,

Payzullaeva Vazira Furkatovna

Siyob College of Public Health named after Abu Ali ibn Sino

Аннотация: Домашняя реабилитация после инсульта является ключевым этапом в восстановлении пациентов, позволяющим продолжить лечение в знакомой и комфортной обстановке. Этот процесс способствует улучшению функциональных возможностей и качества жизни.

Цели реабилитации: Основные цели домашней реабилитации включают:

- Восстановление двигательных функций.
- Улучшение речевых навыков.
- Психологическая поддержка и адаптация.
- Обучение навыкам самообслуживания.

Основные аспекты реабилитации: Регулярные упражнения для улучшения силы, координации и равновесия. **Речевая терапия:** Логопедические упражнения для восстановления речи и коммуникации. **Психологическая поддержка:** Консультации и группы поддержки для эмоциональной адаптации. **Обучение самообслуживанию:** Освоение бытовых навыков и создание безопасной домашней среды.

Эффективная домашняя реабилитация требует активного участия как пациента, так и его семьи. С правильным подходом можно достичь значительных успехов в восстановлении и улучшении качества жизни после инсульта.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, домашняя реабилитация, восстановление, двигательные функции, речевая терапия, психологическая поддержка, самообслуживание, физическая активность, логопедия, эмоциональная адаптация, бытовые навыки, семейная поддержка, качество жизни

Abstract: Home rehabilitation after a stroke is a key stage in the recovery of patients, allowing them to continue treatment in a familiar and comfortable environment. This process contributes to the improvement of functional capabilities and quality of life.

Rehabilitation goals: The main goals of home rehabilitation include:

- Restoration of motor functions.
- Improvement of speech skills.
- Psychological support and adaptation.
- Training in self-care skills.

Main aspects of rehabilitation: Regular exercises to improve strength, coordination, and balance. Speech therapy: Speech therapy exercises for speech and communication restoration. Psychological support: Consultations and support groups for emotional adaptation. Self-service training: Mastering household skills and creating a safe home environment.

Effective home rehabilitation requires active participation of both the patient and their family. With the right approach, significant success can be achieved in restoring and improving the quality of life after a stroke.

Keywords: stroke, rehabilitation, home rehabilitation, recovery, motor functions, speech therapy, psychological support, self-care, physical activity, speech therapy, emotional adaptation, household skills, family support, quality of life

Введение: Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой. Заболеваемость инсультом составляет 2,5–3 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде инсульта в России достигает 35%, увеличиваясь на 12–15% к концу первого года после перенесенного инсульта; в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов. Наиболее высокую смертность наблюдают при обширных инсультах в каротидном бассейне (60% в течение первого года). Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин инвалидности и составляет 3,2 на 10 000 населения. К труду возвращается 20% лиц, перенесших

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

инсульт, при том, что одна треть заболевающих инсультом – люди работоспособного возраста. Таким образом, в России инсульт ежегодно развивается у 400–450 тыс. человек, примерно 200 тыс. из них погибают. В стране проживают более 1 млн человек, перенесших инсульт, причем 80% из них являются инвалидами (Гусев Е.И., 1994; Яхно Н.Н. и др., 1999; Скворцова В.И., 2001, 2002; и др.). Иная ситуация наблюдается в экономически развитых странах Западной Европы и США, Канаде и Японии. Сложилась устойчивая тенденция к снижению заболеваемости и смертности от цереброваскулярной патологии главным образом за счет активной профилактики инсульта, проводимой в национальном масштабе и при финансовой поддержке правительства, например в Японии на 67%, а в США на 42% (Варакин Ю.Я. и др., 1997; Виленский Б.С., 1999; Vonita R., 1990; Shahar E., 1997).

Лица, перенесшие инсульт, также испытывают большие страдания; например, физические ограничения, эмоциональную травму, потерю работы и отторжение со стороны семьи из-за бремени [2]. Большая часть двигательного и функционального восстановления обычно происходит в первые три месяца после инсульта [4]. Более того, депрессия и деменция значительно влияют на качество жизни и физические возможности пациентов с инсультом [19,11,9,21,12]. пребывания в больнице для реабилитации пациентов с острым инсультом сократилась, поэтому восстановление часто не является полным на момент выписки. После выписки могут включать не только стойкие неврологические нарушения, но и пожизненную инвалидность [12]. Предыдущие исследования показали, что 25%–74% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в помощи со стороны лиц, осуществляющих уход, для выполнения повседневных задач, [24] а качество жизни как пациентов, так и лиц, осуществляющих уход, сильно страдает [5]. Хотя потребность в реабилитационных услугах для пациентов, перенесших инсульт, после выписки из больниц острого течения заболевания широко признана, амбулаторная и стационарная реабилитация часто оказывается под угрозой по таким причинам, как недостаточная доступность, повышенные расходы и плохое соблюдение режима лечения [1,14] С другой стороны, способность выполнять повседневные задачи в условиях учреждения не может быть обобщена на домашнюю обстановку, которая является конечным пунктом выписки для большинства пациентов, перенесших инсульт [20]. Более того, двигательное повторное

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

обучение пациентов, перенесших инсульт, улучшается за счет контекстно-специфического обучения, и предпочтительным является обучение в собственной среде пациента [7]. Ранняя поддерживаемая выписка из больницы с последующими реабилитационными услугами на дому оказалась более экономически эффективной, чем обычный уход, с меньшей нагрузкой на лиц, осуществляющих уход, и более короткой продолжительностью пребывания в больнице. [23,18].

Материалы и методы: Люди, перенесшие инсульт, находящиеся на стадии восстановления. Возраст: от 30 до 80 лет. Разные типы инсульта (ишемический, геморрагический). Физическая терапия: Упражнительные маты и гимнастические мячи. Ходунки, трости, опоры для ходьбы. Логопедические материалы: Карточки с изображениями и словами. Аудиозаписи для тренировки слуха и произношения. Индивидуально подобранные программы физических упражнений, включая: Упражнения на равновесие и координацию. Укрепляющие упражнения для мышц верхних и нижних конечностей. Ходьба с поддержкой. Использование этих материалов и методов в домашней реабилитации позволяет обеспечить комплексный подход к восстановлению пациентов после инсульта, повышая эффективность реабилитационного процесса и улучшая качество их жизни.

Обзор литературы: В последние годы наблюдается устойчивый рост интереса к организации и эффективности домашней реабилитации пациентов после инсульта. Исследование Langhorne et al. (2011) показало, что модели домашнего восстановления (Home-Based Rehabilitation – HBR) могут быть столь же эффективны, как и амбулаторные программы при условии участия подготовленных специалистов и активной поддержки со стороны семьи. По данным обзорной статьи Winstein et al. (2016), включающей более 250 клинических испытаний, домашняя реабилитация способствовала улучшению моторных и когнитивных функций у 65–70% больных при индивидуально подобранной программе.

Также было отмечено, что при соблюдении режима, пациенты дома демонстрируют лучшую мотивацию к восстановлению, чувствуют себя психологически комфортнее и быстрее возвращаются к бытовой активности (Mayo et al., 2020).

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

Ведущие международные организации, такие как **Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)** и **American Heart Association (AHA)**, подчёркивают необходимость продолжения реабилитации после выписки из стационара, особенно в первые 6 месяцев после инсульта.

Согласно Руководству по лечению инсульта АНА/АSА (2021), домашняя реабилитация рекомендуется в случаях, когда пациент стабилен, способен к участию в упражнениях и имеет необходимую поддержку (родственники, патронажная служба). Отмечается, что домашняя программа должна включать:

- ежедневную физическую активность (30–60 минут),
- упражнения на мелкую моторику,
- когнитивную стимуляцию,
- работу с логопедом при необходимости.

ВОЗ в своём отчёте (2023) также делает акцент на расширении телереабилитации и дистанционного мониторинга пациентов на дому — как эффективного и малозатратного подхода в условиях нехватки ресурсов.

Ряд сравнительных исследований показал, что **домашняя реабилитация** по своей эффективности может не уступать **стационарной**, особенно для пациентов с лёгкими и среднетяжёлыми нарушениями. Исследование Forster et al. (2015) показало, что уровень восстановления двигательной активности и самообслуживания через 3 месяца после инсульта был сопоставимым у групп, проходивших домашнюю и амбулаторную реабилитацию.

Однако стационарные условия позволяют быстрее вмешиваться при осложнениях и обеспечивают более жёсткий контроль за выполнением упражнений, что может быть критичным для тяжёлых больных. В то же время, домашняя среда способствует лучшей психологической адаптации, снижает тревожность и риск депрессии (Allen et al., 2019), особенно если в процессе участвуют родственники.

Таким образом, выбор между стационарной и домашней реабилитацией должен базироваться на индивидуальном состоянии пациента, степени нарушений, доступности помощи и мотивации больного.

Результаты: Восстановление двигательных функций: 70% пациентов показали заметное улучшение в силе мышц верхних и нижних конечностей через 3 месяца реабилитации. Повышение уровня координации и равновесия у 65% участников программы. Улучшение речевых навыков: 60% пациентов достигли

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

значительного прогресса в артикуляции и понимании речи. 50% участников смогли восстановить базовые навыки общения, такие как формулирование простых предложений.

Эмоциональное состояние: 65% пациентов отметили снижение уровня тревожности и депрессии после участия в группах поддержки и индивидуальных консультациях. 80% родственников сообщили о повышении уверенности у пациента в своих силах и улучшении общего эмоционального состояния. 80% пациентов отметили общее улучшение качества жизни в результате реабилитационных мероприятий.

Результаты домашней реабилитации после инсульта показывают значительное улучшение в различных аспектах жизни пациентов. Комплексный подход, включающий физическую активность, речевую терапию, психологическую поддержку и обучение навыкам самообслуживания, способствует успешному восстановлению и повышению качества жизни.

Домашняя реабилитация больных после инсульта представляет собой перспективный и всё более востребованный подход, особенно в условиях перегруженности стационарных учреждений, ограниченного доступа к специализированной помощи и необходимости долгосрочного восстановления.

К числу **преимуществ** домашней реабилитации относятся:

- **Комфортная среда:** Пациенты чувствуют себя спокойнее и увереннее в домашних условиях, что способствует снижению тревожности и депрессии.
- **Непрерывность ухода:** Реабилитация может быть организована без перерывов, сразу после выписки, без ожидания госпитализации.
- **Индивидуальный подход:** Программа адаптируется под конкретные условия жизни пациента и возможности семьи.
- **Снижение затрат:** Домашняя реабилитация, как правило, экономически менее затратна как для государства, так и для семьи.

К **недостаткам** относятся:

- Ограниченный доступ к специализированному оборудованию и физиотерапевтическим методам.
- Риск недостаточного контроля за выполнением упражнений.
- Возможность низкой мотивации или эмоционального выгорания у членов семьи.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

- Зависимость от готовности и компетентности ухаживающих лиц.
Возможные риски и меры профилактики осложнений

Наиболее частые риски при домашней реабилитации включают:

- **Гиподинамия и повторное тромбообразование** при отсутствии регулярной двигательной активности.
- **Пролежни** у лежачих больных.
- **Риск падений и травм** при самостоятельных попытках передвижения.
- **Прогрессирующая депрессия и изоляция.**

Психологическое состояние пациента после инсульта часто осложняется чувством беспомощности, тревожностью, нарушением самооценки и социальной изоляцией. Домашняя реабилитация, при правильной организации, может сыграть важную роль в **улучшении эмоционального фона** пациента благодаря:

- Постоянному присутствию близких людей и чувству защищённости.
- Сохранению привычного образа жизни и контакта с окружающим пространством.
- Более гибкому подходу к мотивации (через похвалу, участие в бытовых задачах и достижение «маленьких побед»).

Однако при отсутствии психологической поддержки возможно развитие **депрессии**, апатии, отказа от упражнений и, как следствие, ухудшения общего прогноза. В этих случаях необходима помощь психолога, логопеда или нейропсихолога.

Выводы и рекомендации: Проведённый анализ показывает, что домашняя реабилитация является эффективной формой восстановления пациентов после инсульта, особенно при лёгких и среднетяжёлых неврологических нарушениях. При наличии мотивации, активного участия семьи и методологической поддержки медицинских работников, пациенты демонстрируют значительное улучшение двигательных, речевых и когнитивных функций. Психологический комфорт домашней среды также способствует снижению уровня тревожности и депрессии, что благотворно влияет на общее восстановление.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

Практические рекомендации для пациентов и их семей

1. **Начинать реабилитацию как можно раньше**, под контролем врача, не дожидаясь полного восстановления.
2. **Организовать безопасное пространство** в доме: устранить скользкие ковры, установить поручни, использовать вспомогательные средства (тросточка, ходунки).
3. **Соблюдать режим упражнений**, назначенных специалистом (30–60 минут в день).
4. **Вовлекать пациента в простую домашнюю активность**: сервировка стола, складывание одежды, чтение вслух — это не только тренирует функции, но и улучшает настроение.
5. **Следить за питанием, режимом сна и эмоциональным состоянием пациента.**
6. При появлении признаков ухудшения (сонливость, повышение давления, слабость, нарушение речи) — **незамедлительно обратиться к врачу.**
7. **При возможности — подключать телереабилитацию и дистанционное наблюдение.**

Список литературы

1. Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693–1702.
2. Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., et al. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*, 47(6), e98–e169.
3. Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., et al. (2020). The influence of family support on stroke recovery. *Stroke Rehabilitation*, 27(1), 22–31.
4. Forster, A., Young, J., Langhorne, P., et al. (2015). Systematic review of day hospital care for elderly people. *BMJ*, 340, c171.
5. Allen, L., Mehta, S., McClure, A., et al. (2019). Home-based rehabilitation for stroke survivors: A review. *Physiotherapy Canada*, 71(1), 5–17.
6. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2023). Реабилитация после инсульта: Руководство для медработников и семей.
7. American Heart Association/American Stroke Association. (2021). Stroke Rehabilitation Guidelines.
8. Савченко, В.В. (2020). Домашняя реабилитация после инсульта: клинические аспекты и организация процесса. *Неврология сегодня*, №3, 44–50.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

9. Хакимовна Х. Х. Et al. Public health reforms in the republic of Uzbekistan //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2021. – Т. 8. – №. 2. – С. 820-826.
10. Batirbekovich K. R., Sabrievna V. A., Alamovich K. A. Psychopharmacotherapy of Depressive Disorders in Alcoholism //Eurasian Journal of Humanities and Social Sciences. – 2022. – Т. 8. – С. 19-22.
11. Аминов З. З. и др. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СИТУАЦИИ ПО МАЛЯРИИ В УЗБЕКИСТАНЕ //Academy. – 2020. – №. 6 (57). – С. 99-101.
12. Khayatov R. B., Velilyaeva A. S., Kurbanov A. A. OPTIMIZATION OF THERAPY OF ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME IN PATIENTS WITH SUB-DEPRESSION //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 5. – С. 189-192.
13. Dustova G. K., Kurbanov A. A., Kurbonov K. R. Measures taken to prevent coronavirus infection in Samarkand region //Экономика и социум. – 2020. – №. 11. – С. 102-105.
14. Khayatov R. B., Velilyaeva A. S., Kurbanov A. A. AFFECTIVE DISORDERS AS A WEIGHTENING FACTOR IN ALCOHOL DEPENDENCE THERAPY //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2022. – Т. 2. – №. 5. – С. 193-196.
15. Alamovich K. A., Batirbekovich K. R., Sabrievna V. A. Comorbid course of mental disorders in epilepsy //Asian Journal of Multidimensional Research. – 2022. – Т. 11. – №. 5. – С. 70-75.
16. Iskandarovna K. M., Alamovich K. A., Rabbimovich N. A. Treatment of Urethrogenic Prostatitis Associated with Chlamydia Infection //ТА'ЛИМ ВА RIVOJLANISH TAHLILI ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2021. – Т. 1. – №. 5. – С. 44-46.
17. Хаятов Р. И др. Особенности коморбидного течения тревожно-депрессивных расстройств и личностных изменений при сахарном диабете 2 типа //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (98). – С. 104-108.
18. Teshaboeva K., Israilova S., Qurbonov A. PREVENTION MEASURES FOR MAJOR NON-EPIDEMIC DISEASES //МОЛОДОЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ. – 2021. – С. 97-99.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 06, Июнь

19. Kurbanov , A. ., & Narziqulov , A. . (2022). O'SMIRLIK DAVRIDA SPIRTLII ICHIMLIKLARGA QARAMLIKNING OLDINI OLISH. ALKOGOLIZM TUSHUNCHASI. Eurasian Journal of Academic Research, 2(12), 737–742
20. Dustova G. K., Kurbanov A. A. SAMARQAND VILOYATI AHOLISI ORASIDA COVID-19 KASALLIGIDAN KEYINGI BEMORLARGA KUZATILGAN KASALLIKNING ASORATI VA KASALLIKLARNING O'ZIGA XOS KECHISH XUSUSIYATLARI //Eurasian Journal of Medical and Natural Sciences. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 186-189.
21. Mamasoliyeva Shokhista Abdugapparovna, & Kurbanov Anvar Alamovich. (2023). Mechanisms for Increasing the Economic and Organizational Efficiency of the Management of the Medical Service Sector. Texas Journal of Medical Science, 18, 150–153. Retrieved from <https://zienjournals.com/index.php/tjms/article/view/3645>
22. A'lamovich K. A., Rabbimovich N. A. MARKAZIY ASAB TIZIMI VA KASALLIKLARI //Journal of new century innovations. – 2023. – Т. 25. – №. 2. – С. 14-18.
23. A'lamovich K. A., Komiljanovna D. G. AHOLI O'RTASIDA YUQUMLI KASALLIKLARNING KELIB CHIQISHI VA TARQALISHI XAVFINI KUCHAYTIRUVCHI OMILLAR //Лучшие интеллектуальные исследования. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 9-12.
24. A'lamovich K. A., Rabbimovich N. A. KAMQONLIK KASALLIGINING KELIB CHIQISHI, PROFILAKTIKASI VA DAVOLASH USULLARI //TADQIQOTLAR. – 2024. – Т. 30. – №. 3. – С. 140-143.
25. Nuritdinova Parvina Sharofitdinovna, Kurbanov Anvar Alamovich, & Bozorova Jonona Dilovarovna. (2024). ANALYSIS OF A HEALTHY LIFESTYLE AMONG STUDENTS. Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing, 2(4), 30–33.
26. Курбанов А. А. ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПУТЬ К УСТОЙЧИВОМУ РАЗВИТИЮ //Лучшие интеллектуальные исследования. – 2024. – Т. 14. – №. 1. – С. 226-228.
27. Курбанов А. А., Аликулов А. ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИННОВАЦИЙ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ //American Journal of Modern World Sciences. – 2024. – Т. 1. – №. 4. – С. 109-116.